

Krvni tlak i kolesterol: što niže, to bolje

S prof. dr. sc. Leifom R. Erhardtom razgovarala je Lea Rukavina, dr. med.

Jedan od najistaknutijih svjetskih kardiologa, prof. dr. sc. Leif R. Erhardt, svojim je predavanjem "Trebaju li svi bolesnici s hipertenzijom dobivati statine", održanim na V. hrvatskom kongresu o aterosklerozi, potaknuo raspravu o normalnim vrijednostima kolesterola i krvnog tlaka, te indikacijama za primjenu statina u bolesnika s kardiovaskularnim rizikom. Najnoviji rezultati znanstvenih studija pokazuju značajnu korist liječenja statinima, neovisno o početnim vrijednostima kolesterola, kao i u osoba s dobro reguliranim krvnim tlakom

Prof. dr. sc. Leif R. Erhardt, osim nastavnog i znanstvenog rada na odjelu za kardiološka istraživanja Sveučilišne bolnice Malmö u Švedskoj, aktivno predsjeda Komisijom za obrazovanje te je član vijeća Europskog kardiološkog društva. Uključen je u mnoga važna klinička istraživanja poput ASCOT studije, a područje posebnog interesa mu je prevencija kardiovaskularnih bolesti i srčanog zatajenja. Član je uredničkih odbora mnogih svjetskih kardioloških časopisa, a pri Europskom kardiološkom društvu djelovao je i kao voditelj projekata "The management of chest pain" i "Quality assurance of secondary prevention CAD". Prof. Erhardt naglašava da ključ optimalnog liječenja leži u dobroj procjeni globalnog rizika za kardiovaskularne bolesti.

MEDIX Profesore Erhardt, u svom predavanju ste spomenuli pojam globalnog rizika. Možete li objasniti značenje tog pojma i njegovu vezu s hipertenzijom?

PROF. ERHARDT Različite smjernice za prevenciju kardiovaskularnih (KV) bolesti sadržavaju pojam globalnog rizika, koji osoba teoretski ima za razvoj KV događaja. Pojam globalnog rizika se temelji još na Framinghamskoj studiji, kojom se ustanovilo da uključivanjem svih čimbenika koji stvaraju rizik možete u određenoj grupi bolesnika prilično dobro predvidjeti vjerojatnost razvoja nekog kliničkog događaja. Taj pristup je postao vrlo važan pri prepoznavanju bolesnika kod kojih će naše liječenje imati najbolji učinak. Naslov mog predavanja jest provokativan, ali upravo stoga što mislim da svi bolesnici s hipertenzijom ne trebaju dobivati statine. Bolesnicima s hipertenzijom koji dođu u ambulantu ne bi trebalo samo npr. izmjeriti krvni tlak, već promatrati sve ostale čimbenike koji zajedno sačinjavaju rizik i liječiti bolesnika u cjelini. Svi čimbenici koje liječnici mogu izmjeriti i ustanoviti mogu se uklopiti u formulu izračunavanja globalnog rizika. Bolesnik ne mora imati visoki tlak ili visoke vrijednosti kolesterola kako bi bio svrstan u visokorizičnu skupinu



Prof. dr. sc. Leif Erhardt naglašava da ključ optimalnog liječenja kardiovaskularnih bolesti leži u dobroj procjeni globalnog rizika. Gotovo 80% ukupnog rizika za razvoj kardiovaskularnih bolesti čine krvni tlak, kolesterol i pušenje, te se kontrolom ta tri čimbenika, može dogoditi 80% kardiovaskularnih događaja

za razvoj kardiovaskularnih događaja. Pušenje ili primjerice starija životna dob također znatno povećavaju apsolutni rizik.

MEDIX Postoje li točno definirane metode procjenjivanja globalnog rizika?

PROF. ERHARDT Da, ali moramo zapamtiti nekoliko stvari. Svi se algoritmi pomalo razlikuju i sadrže različite varijable. Primjerice, SCORE sistem ne uključuje vrijednosti HDL kolesterola u procjenu rizika, Framinghamska studija uključuje, no ne posvećuje dovoljno važnosti genetskim čimbenicima rizika. To znači da niti jedna formula za izračunavanje rizika nije savršena, ali one ipak omogućavaju uvid u približnu poziciju bolesnika na ljestvici rizika. Iz INTERHEART studije nam je poznato 9 čimbenika rizika koji objašnjavaju 90% svih KV bolesti, i oni su isti u cijelom svijetu. Jedina

stvar koja razlikuje područja visokog rizika od onih s niskim jest učestalost samih bolesti. Ako liječnik pokušava pogoditi razinu rizika bez ikakvih pomagala, sigurno će pogriješiti. Savjetujem stoga liječnicima da se pobliže upoznaju s načinima djelovanja čimbenika rizika i uzmu sve u obzir. Najteže je odrediti upravo skupinu bolesnika sa srednjim rizikom.

MEDIX Koji su nedostaci procjenjivanja globalnog rizika?

PROF. ERHARDT Problem je u različitim procjenama apsolutnog i relativnog globalnog rizika. Mlada žena će naizgled imati vrlo nizak apsolutni rizik za razvoj KV bolesti. Ako je pak usporedimo s nekom drugom, također mladom ženom, relativni rizik će možda biti mnogo veći. Rješenje leži u razmatranju cjeloživotnog rizika. Niti jedne smjernice ne-

maju to dobro definirano. Europske smjernice upućuju da bi se rizik dotične osobe trebao projicirati na dob od 60 godina kako bi se shvatio njegov potencijal. Nedostatak procjene globalnog rizika je dakle u tome da još nemamo dovoljno dobre metode za procjenu cjeloživotnog rizika, a dok se ne uzmu u obzir učinci izloženosti tijekom života, liječenje će biti koncentrirano na stariju dob.

MEDIX ASCOT studija je pokazala da terapijskim djelovanjem na više čimbenika rizika možemo smanjiti globalni rizik i do 50%.

PROF. ERHARDT Upravo je ASCOT studija pravi primjer procjene globalnog rizika i paralelnog djelovanja na dva važna čimbenika rizika; krvni tlak i kolesterol. Ako se usporede skupina koja je primila β -blokator i diuretik uz placebo s onom koja je primila amlodipin i ACE-inhibitor uz statin, vidi se dvostruko veća smrtnost u skupini koja nije primala obje skupine lijekova.

MEDIX Većina ljudi s kardiovaskularnim incidentom ipak ne potječe iz skupine visokorizičnih bolesnika.

PROF. ERHARDT Upravo zbog toga je za učinkovitije liječenje KV rizika potrebno primijeniti model za pučanstvo, a ne se usredotočiti samo na visokorizične skupine. Iz istraživanja nam je poznato da većina ljudi koja dođe u bolnicu s moždanim udarom ili infarktom srca prethodno ne pripada skupini bolesnika s visokim rizikom. To je jednostavna igra brojeva. Broj ljudi s umjerenim rizikom je mnogo veći. Čak i ako se smanji postotak tih ljudi koji dođu u bolnicu, s obzirom da ih ima toliko više, ipak će njihov broj na kraju biti veći. Međutim, već male promjene krvnog tlaka i razine lipida u općoj populaciji uvelike utječu na broj ljudi koji će doći u bolnicu. Ako se krvni tlak i razina lipida smanje za po 10%, broj kardiovaskularnih događaja će se smanjiti i do 50%. To ne znači da treba propisivati lijekove svim ljudima, ali ih sve treba informirati o tome kako bi promjenom načina života pridonijeli boljem zdravstvenom stanju populacije. Pitanje financijskih ograničenja izdavanja lijekova i dalje ostaje upitno. U SAD-u je zbog neograničenih fondova za izdavanje lijekova moguće davati lijekove i kod bolesnika s mnogo nižim rizikom. Mislim da ćemo u budućnosti morati bolje definirati pojam visokog i niskog rizika, kao i indikativne vrijednosti za primjenu lijekova. Možda bi kod ljudi s umjerenim rizikom davanje tablete umjerene cijene, koja sadrži kombinaciju lijekova, bilo optimalno rješenje. O tom se već raspravlja, primjer je nova kombinacija torvastatina i amlodipina. Dok god nije previše skupo, uzimanje tablete dnevno kako bi se rizik smanjio za 50% fantastična je mogućnost.



– Već male promjene krvnog tlaka i razine lipida u općoj populaciji uvelike utječu na pojavnost kardiovaskularnog incidenta. To ne znači da treba propisivati lijekove svim ljudima, ali ih sve treba informirati o tome kako bi promjenom načina života pridonijeli boljem zdravstvenom stanju populacije. Mislim da ćemo u budućnosti morati bolje definirati pojam visokog i niskog rizika, kao i indikativne vrijednosti za primjenu lijekova – zaključuje prof. Erhardt

MEDIX Znači najniže vrijednosti krvnog tlaka i lipida kod kojih bi se već mogla primijeniti kombinacija tih lijekova zapravo nisu definirane?

PROF. ERHARDT Ne. Po tom načelu, jednom kad se ustanovi rizik tableta bi se mogla dati svakome, bez obzira na razine krvnog tlaka i lipida. U budućnosti će ljudi promijeniti svoj stav o vrijednostima lipida i krvnog tlaka. Prof. Betteridge je u svom predavanju govorio kako dijabetičari trebaju uzimati statine već ukoliko je ukupni kolesterol $>3,5$ mmol/L, što je zapravo vrlo nisko. I u ostaloj populaciji će za vrijednosti kolesterola vrijediti princip “što niže, to bolje”. Do sada nitko nije primijetio da je štetno snižavati kolesterol do sasvim niskih vrijednosti. Stare teorije da niski kolesterol uzrokuje depresiju i samoubojstva nisu dokazane. Popratni učinci snižavanja kolesterola se ne razlikuju u bolesnika s niskim i visokim vrijednostima. Očito je međutim da bi, ako se izuzmu vrijednosti krvnog tlaka i kolesterola, svi mogli oboljeti. Neke prosječne prihvaćene vrijednosti ipak postoje, iako je opasno reći liječnicima da samo njih treba postići. Događa se da bolesnike koji imaju krvni tlak 142/88 mm Hg prestaju liječiti. Sada se ipak zna da se u takvog bolesnika daljnjim snižavanjem tlaka na 130/74 mm Hg još više smanjuje rizik. Pojam normalnih vrijednosti više ne postoji. Možemo imati ciljeve liječenja i preporučiti da je minimum dobrog liječenja postići te ciljeve

vrijednosti, ali isto tako moramo shvatiti da su primjerice vrijednosti sistoličkog krvnog tlaka od 110 mm Hg odlične ukoliko se kod njih ne pojavljuju vrtoglavica ili neke druge popratne pojave. Isto tako su niske vrijednosti kolesterola vrlo poželjne, produljuju život.

MEDIX Što biste poručili hrvatskim liječnicima?

PROF. ERHARDT Razlog zbog koga se bavim problematikom lipida i krvnog tlaka nije taj što tvrtke proizvode lijekove za to. Razlog je što 80% ukupnog rizika za razvoj kardiovaskularnih bolesti čine krvni tlak, kolesterol i pušenje. Ako možemo kontrolirati ta tri čimbenika, možemo odgoditi 80% kardiovaskularnih događaja. Dakle, ostalih šest čimbenika iz INTERHEART studije zapravo i ne trebamo. Ako želite učiniti maksimum za svojeg bolesnika, ciljajte na krvni tlak i kolesterol. U ovoj zemlji je, kao i u svim zemljama Mediterana i Istočne Europe, pušenje pravi problem o kojem se mnogo ne govori. A on je, pogotovo u mladih žena, potencijalni ubojica. Izgleda da od Pfizera dolazi lijek protiv pušenja koji će biti učinkovitiji od prethodnog, pa je i to nešto o čemu treba sve više razmišljati. **M**